



GAVI/12/338/ea/msee

Ministre de la Santé et de la Population
Ministère de la Santé et de la Population
Boîte postale 1719
Abidjan 01
Côte d'Ivoire

Genève, le 20 décembre 2012

Madame la Ministre,

Proposition de la Côte d'Ivoire pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH présentée à GAVI Alliance

La présente lettre fait suite à la proposition de programme de démonstration du vaccin anti-VPH que la Côte d'Ivoire avait adressée au Secrétariat de GAVI Alliance en octobre 2012.

Le Comité d'examen indépendant (CEI) de GAVI a examiné toutes les propositions reçues et a fait des recommandations. Le CEI a malheureusement conclu que la demande de la Côte d'Ivoire pour ce soutien requiert « **une nouvelle soumission** ». Cela signifie que le CEI a estimé que les informations fournies étaient incomplètes et qu'une nouvelle proposition devrait être soumise au cours d'une future session. Le Secrétariat de GAVI communiquera le calendrier des prochaines sessions de soumission dès que possible. Les principales conclusions du CEI sont décrites en Annexe A.

Nous vous exprimons nos regrets, mais nous vous encourageons à considérer l'envoi d'une nouvelle requête en espérant que les commentaires et les recommandations du CEI seront utiles à l'élaboration possible d'une nouvelle proposition pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH dans votre pays.

Je vous invite à contacter ma collègue, Dr Marthe Sylvie Essengue Elouma à l'adresse messengue@gavialliance.org, pour toute éventuelle question ou préoccupation.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'assurance de ma plus haute considération.

Hind Khatib-Othman
Directrice des programmes GAVI

Copies : Ministre des Finances
 Directeur Coordonnateur du PEV
 Directeur de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
 Représentant de l'OMS, Côte d'Ivoire
 Représentant de l'UNICEF, Côte d'Ivoire
 Groupe de travail régional
 Siège de l'OMS, Genève
 Division des approvisionnements de l'UNICEF, Copenhague
 Banque mondiale

Rapport de pays du CEI

Pays : Côte d'Ivoire
 Type de soutien demandé : Démonstration du vaccin anti-PVH
 Révisé : Genève, 19 au 23 novembre 2012

Profil pays/Données de base

Population (2011)	22 594 238	Dép. santé publique en tant que % des dép. publiques globales (2011)	3,6 %
Nombre de naissances (2011)	807 574	RNB par habitant (2011)	1 639
Nourrissons survivants (2011)	732 591	Incidence du cancer du col utérin (Globocan, 2008)	27/100 000
Couverture DTC3 (admin, 2011) (OMS/UNICEF, 2011)	62 %	Mortalité par cancer du col utérin (Globocan, 2008)	19/100 000
(admin, 2012)	75 %		
Taux de mortalité infantile (2011)	96/1 000		

1. Type de soutien demandé/financement total/période de mise en œuvre

- *Présentation privilégiée pour le vaccin anti-PVH* : Premier choix – bivalent (GSK) ; deuxième choix – quadrivalent (Merck).
- *Une tranche d'âge d'une année donnée ou un niveau scolaire donné* : Tranche d'âge d'une année donnée, fillettes âgées de 10 ans
- *Stratégie de vaccination choisie* : stratégie mixte (dans les écoles et dans les centres sanitaires)
- *District à vacciner* : un district (Abengourou) a été choisi du fait de son expérience dans la lutte contre le cancer du col utérin, y compris dans le dépistage. Le district est urbain à 40 % et rural à 60 % ; sa surface est de 4 000 km². 65 % des fillettes âgées de 10 ans sont scolarisées dans le district.
- *Nombre de fillettes à vacciner* : 9 101 (à savoir, 2 994 scolarisées et 1 509 non scolarisées).
- *Demande pour les vaccins et le matériel correspondant* : 514 553 USD
- *Subvention en espèces demandée* : 369 088 USD
- *Valeur totale de la demande* : 884 041 USD
- *Période de mise en œuvre* : janvier 2013 à décembre 2014

2. Historique du soutien de GAVI

Tableau 1. Soutien SVN et SSI

Soutien SVN et SSI	Période d'approbation
DTC-HepB	2001-2008
Pentavalent	2008-2015
SSI	2008-2010

Tableau 2. Soutien en espèces

Soutien en espèces	Période d'approbation
SSV 1	2001-2006
SSV 2	2009-2012
RSS	2008-2014

3. Charge de morbidité et admissibilité

Selon les statistiques Globocan du CIRC fournies par le Secrétariat de GAVI, l'incidence et la mortalité du cancer du col utérin en Côte d'Ivoire étaient en 2008 de 27/100 000 et 19/100 000 respectivement. Le Ministère de la santé estime que 6 000 nouveaux cas de cancer du col utérin surviennent chaque année dans le pays. Le registre du cancer d'Abidjan montre que la prévalence du cancer du col utérin a chuté de 23,6 % en 2000 à 19 % en 2012. On observe un fort engagement politique pour améliorer le programme de contrôle et de prévention du cancer du col utérin dans le pays.

Suite aux troubles politiques survenus en Côte d'Ivoire après les élections, la couverture vaccinale a dramatiquement chuté entre 2010 et 2011. Depuis début 2012, les activités du PEV se sont intensifiées (avec par exemple des semaines de vaccination tous les trimestres), ce qui a permis d'obtenir la couverture administrative actuelle de 75 % pour le vaccin DTC3. Cependant, tant que le taux de couverture du DTC3 supérieur à 70 % n'a pas été confirmé par les estimations de l'OMS/UNICEF, le pays reste non admissible pour un soutien de GAVI dans le cadre du programme de démonstration du vaccin anti-PVH.

4. Rôle du CCIA dans la demande

Le CCIA inclut des représentants du Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, du Ministère des communications, du Ministère de l'économie et des finances, du Ministère de l'intérieur, de l'Agence de médecine préventive, de l'Unité de formation et de recherche en science médicale, de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, de ROTARY International, de l'UNICEF et de l'OMS. Le CCIA se réunit habituellement quatre fois par an, avec autant de sessions extraordinaires que de besoin.

Cette demande a été avalisée par le Groupe technique de vaccination le 5 octobre 2012 et par le CCIA le 12 octobre 2012. Outre l'approbation de la demande de démonstration du vaccin anti-PVH auprès de GAVI, le CCIA a aussi abordé le rapport des activités de vaccination des trois premiers trimestres de 2012, le rapport des deux premières semaines d'intensification du PEV de routine, le résumé des préparations pour la troisième édition des JNV polio en octobre 2012, le résumé de la mission d'évaluation de la couverture de la supplémentation en vitamine A intégrée dans le dépistage et la vaccination contre la polio, et d'autres sujets.

5. Parité et équité

La demande indique que le programme de démonstration abordera les aspects relatifs à l'égalité entre hommes et femmes par la sensibilisation des uns et des autres. En ce qui concerne les éléments de preuve récents d'obstacles socio-économiques ou relatifs au genre en matière de vaccination, figurant dans les études ou les enquêtes, la demande indique que « dans certains groupes ethniques et religieux, l'approbation du chef de famille est indispensable pour que la femme puisse participer à une quelconque activité ».

Un problème potentiel d'égalité des sexes découlant du projet prévu pourrait être que les parents ou les personnes qui ont la charge de la fillette à vacciner n'acceptent pas le vaccin par manque d'information ou de sensibilisation. Les stratégies visant à atténuer de tels problèmes d'égalité entre hommes et femmes impliqueraient toutes les personnes ressources en vue de sensibiliser les parents ou les personnes qui ont la charge de la fillette à vacciner. De plus, les stratégies de communication pourraient être réorientées de manière à obtenir une meilleure acceptation du vaccin.

6. Choix du district

Le district d'Abengourou a été choisi pour le programme de démonstration du vaccin anti-PVH en raison de son expérience antérieure dans le dépistage du cancer du col utérin et d'autres volets de la lutte contre le cancer du col utérin. Ce district accueille le comité régional de lutte contre le cancer et a été sélectionné en 2010 en partenariat avec JHPIEGO pour mener la phase pilote du dépistage du cancer du col utérin chez les femmes séropositives, population à très haut risque pour ce type de cancer.

Le district est urbain à 40 % et rural à 60 % ; sa surface est de 4 000 km². Les femmes représentent 48 % de la population estimée à 395 923 habitants pour le district. La demande indique que la population féminine du district d'Abengourou est en augmentation constante. On sait que les filles du district ont leurs premiers rapports sexuels à un âge très précoce : 70 % des filles ont leur premier rapport sexuel entre 13 et 15 ans et 100 % des grossesses précoces surviennent chez les filles âgées de 15 à 16 ans. 65 % des fillettes âgées de 10 ans sont scolarisées dans le district.

Le district dispose de 30 centres de vaccination (3 centres confessionnels, 1 centre social et 26 formations sanitaires [publiques]). Dans le district, les types d'activités de mobilisation sociale réalisées pour la vaccination de routine lors d'un mois ordinaire incluent la sensibilisation du public (par le biais des médias de masse, des crieurs publics, des chefs communautaires et religieux et des associations) et la sensibilisation de proximité (par le biais d'agents de santé et d'enseignants de l'école primaire et secondaire). Ces activités de sensibilisation ont généralement lieu en deux sessions : l'une avant, l'autre après la période de vaccination. En 2011, la couverture vaccinale administrative était de 79 % pour le DTC3 et de 56 % pour le VAT2+ (femmes enceintes).

7. Groupe cible et stratégie d'administration

La tranche d'âge sélectionnée pour le projet de démonstration dans le district d'Abengourou est celle des fillettes âgées de 10 ans (scolarisées et non scolarisées). Le nombre estimé de fillettes de cette tranche d'âge dans le district s'élève à 4 503. Selon les données fournies par le Secrétariat de GAVI, la taille moyenne d'un district de santé en Côte d'Ivoire est de 3 011. Par conséquent, le nombre cible de 4 503 fillettes pour la vaccination anti-PVH est compris dans la limite de financement de GAVI.

La stratégie de prestation de services de vaccination anti-PVH, à savoir une campagne de vaccination de masse, s'appuiera sur l'approche du district. L'antenne régionale de l'INHP sera approvisionnée par le niveau central. Les districts à leur tour viendront s'approvisionner à l'antenne régionale de l'INHP. Les équipes de vaccination iront dans les écoles ciblées pour la vaccination des jeunes filles après approvisionnement au district sanitaire. Au niveau des centres de santé, l'approvisionnement se fera au district en vue d'atteindre les fillettes non scolarisées.

Pour identifier les fillettes non scolarisées et admissibles à la vaccination anti-VPH, une micro planification sera élaborée au niveau du district avec la participation des agents de santé communautaire. Une enquête sera organisée au niveau des ménages en vue d'identifier cette population cible (à savoir, les fillettes non scolarisées et admissibles à la vaccination). En vue d'atteindre la cible, une sensibilisation de proximité sera organisée avec l'appui des chefs communautaires. Ensuite les équipes seront déployées sur toute l'étendue du district pour la vaccination en stratégies fixe, avancée et mobile.

Pour atteindre les fillettes qui n'ont pas pu bénéficier des 3 doses de vaccin anti-PVH, des activités de rattrapage en stratégies fixe, avancée et mobile seront organisées à l'issue d'une sensibilisation de masse utilisant tous les canaux de communication (radios locales, chefs communautaires, associations de femmes, associations de jeunes, etc.).

8. Approvisionnement

Tant le vaccin anti-PVH bivalent que le vaccin anti-PVH quadrivalent sont autorisés dans le pays.

9. Gestion efficace des vaccins

Le stockage des vaccins et matériels du PEV au niveau central est assuré par l'Institut national d'hygiène publique (INHP), qui dispose de quatre chambres froides positives d'une capacité brute totale de 130 m³ et de trois (03) chambres froides négatives d'une capacité brute totale de 60 m³. Cette capacité est suffisante pour l'introduction du vaccin anti-VPH.

Au niveau régional, le pays dispose de 10 chambres froides positives et de 7 chambres froides négatives d'une capacité totale brute respective de 120 m³ et 140 m³.

Le district choisi est également chef-lieu de la région de l'Indenié-Djuablin. Il existe une antenne régionale de l'INHP pour le stockage des vaccins. On y trouve une chambre froide positive de 8 m³ et une chambre froide négative de 20 m³. En plus des deux chambres froides, l'antenne dispose d'un réfrigérateur et de deux congélateurs (TFW 800). Tout ce matériel de la chaîne du froid est fonctionnel. Au niveau du district sanitaire, il existe 24 réfrigérateurs médicaux, 4 congélateurs médicaux, 3 réfrigérateurs/congélateurs, 3 glacières, 798 porte-vaccins, 1 874 blocs réfrigérants de 0,3 L chacun et 40 blocs réfrigérants de 0,6 L chacun. Ces équipements de la chaîne de froid sont tous en bon état de marche.

Un système est en place pour la surveillance de maladies évitables par les vaccinations et des manifestations adverses post immunisation.

10. Formation, sensibilisation des communautés et plans de mobilisation, évaluation

Dans le processus d'introduction du nouveau vaccin, la formation planifiée du personnel de santé sera organisée. La formation des divers cadres de personnel se fera en cascade avec une phase théorique et une phase pratique. À cet effet, les guides et modules de formation seront adaptés. Les directives et fiches techniques sur les spécificités du vaccin anti-VPH seront mises à la disposition du personnel. Dans le cadre de cette formation, un accent particulier sera mis sur les centres de santé à faible performance. La formation prendra en compte les aspects de communication, de gestion des vaccins, de suivi et évaluation, de surveillance et de planification. Le renforcement de la capacité des agents de santé de la communauté est également prévu et sera assuré.

Cependant, le contenu de la formation est décrit en termes très généraux et aucune attention particulière n'est portée sur les particularités de ce nouveau vaccin. Par exemple, la formation des enseignants, parents et responsables officiels n'est pas abordée. De même, la communication est générique et n'aborde pas de manière suffisamment détaillée

la conception et la mise en œuvre d'une stratégie particulière. La riposte aux éventuels problèmes comme les problèmes d'acceptation n'est pas spécifique. Il est prévu de faire mener l'évaluation par l'agence d'exécution, l'INPH, ce qui soulève des questions d'indépendance et de transparence.

11. Évaluation des interventions de santé à l'intention des adolescentes

La proposition montre une incompréhension de la question en dressant la liste de toutes les activités d'évaluation et suivi liées à la santé actuellement en cours dans les écoles. De ce fait, cette section n'explique pas la manière dont l'évaluation sera réalisée et les activités susceptibles d'être mises en œuvre.

Étant donné la précocité du premier rapport sexuel, la grande activité sexuelle et le taux élevé de grossesses d'adolescentes dans le district cible, le projet peut être l'occasion d'aborder le vaccin anti-PVH dans un cadre élargi d'interventions de santé ciblant les adolescentes.

Cependant, il est indiqué que Programme national de santé scolaire et universitaire (PNSSU) organisera une réunion annuelle au début de l'année scolaire avec tous les acteurs du système éducatif (Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, Ministère du sport et des loisirs, Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, des responsables des confessions religieuses et des partenaires techniques et financiers). Cette réunion vise à donner les directives et recommandations de l'année en cours.

12. Élaboration de la stratégie de contrôle et de prévention du cancer du col utérin

Un atelier a été organisé en juillet 2012 pour élaborer un plan stratégique pour le contrôle et la prévention du cancer du col utérin. Le plan a été finalisé et devrait être approuvé fin 2012. De plus, le FNUAP a financé 14 dépistages du cancer du col utérin et la formation de 56 prestataires de service et superviseurs. Il est prévu de faire adopter le plan stratégique final par le CCIA.

13. Groupe consultatif technique

Il est indiqué que le groupe consultatif technique sera présidé par le Ministre de la santé et de la lutte contre le sida ; le gestionnaire du projet sera le directeur national du PEV. Il n'est toutefois pas clair qui sont les membres du groupe consultatif technique, sa composition n'étant pas spécifiée dans la demande ni dans le cahier des charges. Il est possible que le CCIA ou un groupe issu du FNUAP joue un tel rôle, mais malheureusement, la demande ne fournit pas assez d'informations à ce sujet.

14. Calendrier

Le pays enchaîne les activités dès janvier 2013 jusqu'en décembre 2014. La première dose devrait être administrée en février 2013.

Cependant, ce programme ne semble pas être réaliste étant donné que l'admissibilité du pays ne sera confirmée qu'aux alentours de juillet 2013, après publication par

l’OMS/UNICEF des estimations de couverture du DTC3 pour 2012. C’est alors seulement que l’on saura si la couverture du DTC3 du pays était supérieure à 70 % en 2012.

15. Analyse financière

La subvention en espèces demandée est bien supérieure au montant autorisé par GAVI sans que cela ne soit justifié (364 089 USD contre 152 649 USD). Le budget est très élevé et le coût par enfant est de 80 USD. Le budget est très confus. Le coût de chacune des 3 doses administrées est évalué à un montant élevé sous forme forfaitaire et la demande de fournit pas de détails sur le calcul de ces montants. De nombreux postes de dépenses semblent très élevés (près de 100 000 USD pour la communication dans un district), alors que d’autres sont absents (frais de formation, de supervision). L’évaluation et la mise en œuvre des activités de santé sexuelle et reproductive n’ont pas été budgétées. Un montant est indiqué pour 2013, mais les dépenses ne sont pas détaillées.

16. Aperçu de la proposition : points forts et points faibles

Points forts :

- On observe une forte volonté politique de faire avancer le projet de démonstration du vaccin anti-PVH, prouvée par la présentation de la demande par les Ministres de la santé et des finances lors de la réunion des Cabinets des ministres.
- Choix du district avec des activités complémentaires de prévention du cancer.
- Soutien du FNUAP pour élaborer et mettre en œuvre la stratégie de lutte contre le cancer du col utérin.

Points faibles :

- Les activités sont mal décrites.
- Le demandeur n’a pas compris la prérogative de l’objectif 2 et de ce fait, la composante des activités de santé sexuelle et reproductive n’est pas programmée.
- Le budget est confus et ne permet pas au CEI de statuer quant à l’adéquation du projet.
- Aucune structure de gouvernance claire pour le groupe consultatif technique.
- L’évaluation n’est pas indépendante de l’exécutant.
- La demande est peu sensible aux questions d’égalité entre hommes et femmes, ne prévoyant par exemple pas d’efforts pour atteindre les fillettes. Par exemple, aucune mention n’est faite du rôle des parents, des autres hommes importants et des garçons en tant que parties prenantes ou personnes clés pour un vaccin ciblant des fillettes aussi jeunes.
- Les stratégies visant à atteindre un nombre important de fillettes non scolarisées (34 à 36 %) dans le groupe cible sont mal définies et peu détaillées. Il est prévu de sensibiliser les membres de la communauté, mais les matériels nécessaires et les messages clés ne sont pas décrits, surtout en ce qui concerne les rumeurs relatives au vaccin anti-PVH.
- Les stratégies visant à régler des problèmes d’égalité des sexes n’ont pas été explicitement identifiées.
- Étant donné la précocité du premier rapport sexuel, la grande activité sexuelle et le taux élevé de grossesses d’adolescentes dans le district cible, le projet peut être l’occasion d’aborder le vaccin anti-PVH dans un cadre élargi d’interventions de santé ciblant les adolescentes. Les descriptions des activités en cours (le cas échéant) auprès des adolescentes sont insuffisantes.

- Il a été indiqué que « 100 % des grossesses précoces sont constatées chez des adolescentes de 15 à 16 ans (données 2012) », mais la véracité de ces données n'est pas démontrée.

Risques :

- Couverture du DTC3 inférieure à 70 %.
- Vu que les activités sont imprécises, il sera difficile d'en faire le suivi.

Facteurs d'atténuation :

- Soutien du FNUAP.
- Un seul district ciblé, ce qui est gérable.
- Plan avancé de lutte contre le cancer du col utérin (même s'il n'a pas été mis à disposition des réviseurs).

17. Recommandation du CEI

Recommandation du CEI : nouvelle soumission

Justification :

- L'estimation du taux de couverture du DTC3 de l'OMS/UNICEF était de 62 % pour 2011 et le pays ne peut prétendre à un soutien pour le programme de démonstration du vaccin anti-PVH que si le taux de couverture du DTC3 est supérieur à 70 %.
- Il reste à clarifier la composition du groupe consultatif technique.
- La demande n'est pas assez détaillée en termes de stratégie, notamment pour les fillettes non scolarisées, qui représentent 34 à 36 % du groupe cible.
- La composante des activités de santé sexuelle et reproductive (objectif 2) est absente.
- Le budget est supérieur aux exigences de GAVI et mal structuré.
- La mobilisation sociale gagnerait à être renforcée, surtout en ce qui concerne les parents.